Door: Anna-Eva Prick, Peter van Domburg, Annemieke Vink, Linda Lumeij, Ester Alofs en Susan van Hooren

De juiste snaar: muziektherapie bij personen met dementie in het verpleeghuis

Op weg naar een individuele muziektherapeutische interventie ter vermindering van probleemgedrag bij mensen met dementie.

Er is bij muziektherapeuten en in de dementiezorg steeds meer behoefte om muziektherapie gericht in te kunnen zetten voor mensen met dementie. Binnen het ZonMw project 'De juiste snaar met muziek' onder leiding van het Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) van Zuyd Hogeschool is een Individuele Muziektherapeutische Interventie (IMTI) ontwikkeld en geëvalueerd die specifiek gericht is op het verminderen van Probleemgedrag bij mensen met matig tot ernstige Dementie (IMTI-ProDem) die verblijven in een verpleeghuis. Dit artikel beschrijft de ontwikkeling en de kwalitatieve procesevaluatie van de ervaringen met de IMTI-ProDem.

Inleiding

Tenminste twee derde van de personen met dementie (PmD) ontwikkelt een vorm van probleemgedrag gedurende de ziekte. Probleemgedrag betreft verschijnselen als geagiteerd en apathisch gedrag (Zuidema et al., 2018). Deze verschijnselen hebben een negatieve invloed op de kwaliteit van leven voor PmD en mantelzorgers en zijn voor zorgmedewerkers vaak moeilijk hanteerbaar. Om probleemgedrag te behandelen hebben psychosociale persoonsgerichte interventies de voorkeur boven medicamenteuze interventies met vaak ongewenste neveneffecten (Moniz-Cook, Vernooij-Dassen, Woods, Orrell & Network, 2011). Kenmerkend voor psychosociale persoonsgerichte interventies is de individuele ondersteuning bij het omgaan met de gevolgen van dementie en de focus op het verbeteren van kwaliteit van leven. Muziektherapie is zo'n interventie die laagdrempelig en zonder kans op bijwerkingen kan worden ingezet om de kwaliteit van leven te verbeteren bij PmD. Binnen muziektherapie worden vaardigheden aangesproken die PmD ongeacht hun functioneringsniveau wel behouden, zoals muziek maken, zingen en bewegen op muziek (Broersen et al., 2006; Scherder, 2017; Van der Steen et al., 2018; Vink, 2013; Vink, Erkelens & Meinardi, 2013; Vink & Hanser, 2018). Veel andere therapeutische interventies, zoals cognitieve gedragstherapie en oplossingsgerichte therapie, zijn voor hun effect afhankelijk van de verbale en cognitieve kwaliteiten van de cliënt en sluiten daardoor minder goed aan bij mensen met cognitieve beperkingen (Vink, 2001; Van Hooren, De Witte & Prick, 2018). Een muziektherapeut stemt tijdens individuele muziektherapie zijn of haar muziektherapeutische technieken voortdurend af op de persoon, diens drijfveren en behoefte aan autonomie en variaties in aard en oorzaken van probleemsituaties (Broersen et al., 2006). Muziektherapie sluit daarmee aan op de Nederlandse standaard in dementiezorg (Alzheimer Nederland/Vilans, 2013), namelijk het bieden van persoonsgerichte zorg bij probleemgedrag (Zuidema et al., 2018).

Het ZonMw project 'De juiste snaar met muziek bij dementie'

Met ZonMw als subsidieverstrekker is onder leiding van het Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) van Zuyd Hogeschool het onderzoeksproject 'De juiste snaar met muziek bij dementie' opgesteld, dat is goedgekeurd door een Medisch Ethische Toetsingscommissie. Binnen dit onderzoeksprogramma is speciale aandacht gegeven aan de ontwikkeling van een **I**ndividuele **M**uziek**T**herapeutische **I**nterventie in samenwerking met ervaren muziektherapeuten gericht op het verminderen van **Pro**bleemgedrag bij **Dem**entie: IMTI-ProDem. Eveneens zijn praktijkervaringen van muziektherapeuten, verzorgenden en mantelzorgers met de ontwikkelde IMTI-ProDem systematisch geëvalueerd in een procesevaluatie. Daarnaast is binnen het project 'De juiste snaar met muziek' een vergelijkend wetenschappelijk onderzoek (RCT) naar het effect van IMTI-ProDem bij PmD uitgevoerd. De focus van dit artikel ligt op de ontwikkeling en de procesevaluatie van de IMTI-ProDem. De resultaten van de RCT worden beschreven in een nog te publiceren internationale wetenschappelijke publicatie. In totaal hebben vier zorginstellingen met tezamen 12 verschillende locaties[1] in Limburg geparticipeerd binnen het project. Muziektherapeuten zijn extern geworven door het Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) met medewerking van de Nederlandse Vereniging voor Muziektherapie (NVvMT).

KERNPUNTEN

- Ontwikkeling en beschrijving van de individuele muziektherapeutische interventie ter vermindering van probleemgedrag bij mensen met dementie (IMTI-ProDem).
- Ervaringen met IMTI-ProDem van muziektherapeuten, verzorgenden, mantelzorgers en mensen met dementie zelf.
- Voorwaarden voor implementatie IMTI-ProDem binnen de intramurale zorg.

Naar een ontwikkeling van de IMTI-ProDem

Onderzoeksmethode

Om de interventie te ontwikkelen is eind 2016 een focusgroep georganiseerd met negen muziektherapeuten met minimaal drie jaar ervaring in de intramurale zorg. In de focusgroep zijn thema's verkend middels een *topic list*, die is opgesteld vanuit eerder wetenschappelijk onderzoek op het gebied van muziektherapie bij PmD. Besproken thema's betreffen onder andere indicatie, doelen, werkingsmechanismen, werkvorm, instrumentarium en attitude. De samenvatting van de transcriptie van de focusgroep is voor een *member check* voorgelegd aan de leden van de focusgroep. De gegevens zijn open en axiaal gecodeerd volgens *content analysis* (Mayring, 2000). Op basis van de focusgroep, professionele standaarden, advies van de wetenschappelijke adviesraad en advies van clientvertegenwoordigers is er een eerste beschrijving van de IMTI-ProDem opgesteld. Deze beschrijving is na de procesevaluatie verder aangescherpt.

Eerste beschrijving consensus-based IMTI-ProDem

De IMTI-ProDem richt zich op het terugdringen of stabiliseren van probleemgedrag bij PmD. Uitgangspunt van de IMTI-ProDem is dat een therapeutisch effect is gebaseerd op op het individu, afgestemde professionele inzet van muzikale elementen en de afstemming daarvan op gedrag en stemming van de PmD. IMTI-ProDem wordt in totaal negen keer aangeboden aan de individuele PmD wonend in een verpleeghuis bij wie een vorm van probleemgedrag is vastgesteld. De PmD ontvangt de IMTI-ProDem gedurende drie opeenvolgende weken, tijdens drie niet opeenvolgende dagen per week, gedurende minimaal 30 en maximaal 45 minuten. Tijdens elke

1 Verpleeghuis Bergweide in Heerlen, Verpleeghuis Glana in Geleen, De Zorggroep met locaties in Bergen, Blerick, Geleen, Herkenbosch, Panningen, Sevenum, Venlo, Maasbracht, Roermond en Zorghoeve De Port in Kelpen-Oler.

muziektherapiesessie werkt de muziektherapeut aan een behandeldoel gericht op het reduceren van specifiek probleemgedrag. De muziektherapeut bewaakt de kwaliteit van de IMTI-ProDem door in de context van een specifiek behandeldoel, kerntechnieken en kernprincipen van de muziektherapie toe te passen zoals emotieregulatie en validatie (Ridder et al., 2005; Bruscia, 1997). Tegelijkertijd gaat het om een ambachtelijke interventie, waarvan niet elk detail wetenschappelijk kan worden ingekaderd, maar wel de hoofdlijnen. Binnen de muziektherapeutische sessies hebben de muziektherapeuten de nodige vrijheid om op maat te kunnen behandelen.

De IMTI-ProDem bestaat uit een openingsfase, hoofdfase en afrondingsfase, om de PmD tot ontspanning te brengen en vervolgens het contact op te bouwen en afscheid te nemen. Belevingsgericht werken staat in de openingsfase van elke sessie centraal om in contact te komen met de bewoner en om een gevoel van veiligheid te creëren (validatie). In de hoofdfase wordt toegewerkt naar het verminderen van fysieke en emotionele spanning (afhankelijk van het gestelde doel) gebruikmakend van erkende technieken en improvisatie. Bijvoorbeeld door het verwoorden van wat wordt waargenomen (zingen/songwriting), het laten vallen van stiltes en het gebruikmaken van herkenning door aansluiting te zoeken met het verleden van de bewoner (reminiscentie). In de afrondingsfase wordt de sessie beëindigd en de bewoner overgedragen aan het verzorgend personeel. Tijdens elke fase kan gebruik worden gemaakt van diverse muziekinstrumenten, ook kan zang worden ingezet. Op een methodische wijze wordt vanuit de muzikale parameters afgestemd op de reacties van de cliënt en vanuit die situatie door de methodische inzet van muzikale parameters een verandering teweeggebracht in het gedrag. De muziektherapeut zal gedurende en na afloop van de behandelperiode met de IMTI-ProDem verzorgenden adviseren over datgene wat bij de bewoner tot ontspanning of bijvoorbeeld juist tot activatie leidt zodat daar in de dagelijkse zorg op kan worden voortgebouwd.

> De IMTI-ProDem richt zich op het terugdringen of stabiliseren van probleemgedrag bij personen met dementie

De interventie wordt uitgevoerd door een muziektherapeut met een erkende hbo-opleiding en minimaal een jaar ervaring in het werken met PmD. De therapie vindt plaats in een rustige (therapie)ruimte (dat mag de eigen kamer van de bewoner zijn), waar afleidende prikkels worden vermeden. De (therapie)ruimte moet goed geïsoleerd zijn ten opzichte van andere vertrekken. De behandeling moet niet worden belemmerd doordat er voortdurend muziek of geluid van buiten doordringt of dat andere bewoners en/of verzorgenden binnen komen. Tijdens de behandeling kan sprake zijn van weerstand van de PmD die zo mogelijk wordt doorbroken volgens de professionele standaarden. Als de weerstand niet op deze wijze te doorbreken is, wordt de behandeling afgebroken en overleg gepleegd met de behandelend specialist.

Evaluatie van de interventie

Onderzoeksmethode

In totaal hebben 49 PmD wonend in een verpleeghuis de IMTI-ProDem gedurende drie weken in totaal negen keer individueel ontvangen van dezelfde muziektherapeut binnen een gecontroleerde gerandomiseerde studie (RCT) op verwijzing van de betrokken psycholoog of specialist ouderengeneeskunde van de betreffende instelling. In totaal zijn zes muziektherapeuten betrokken geweest bij het onderzoeksproject. De inclusiecriteria betroffen: matige tot gevorderde dementie, er is sprake van probleemgedrag, verkregen informed consent

> De eigen kamer werd als prettiger ervaren dan de muziektherapieruimte omdat die meer vertrouwd aanvoelt

van PmD of eerst verantwoordelijke, afdoende gehoor om naar muziek te luisteren en de IMTI-ProDem kan gedurende de onderzoeksperiode van drie weken worden gewaarborgd. Exclusiecriteria betroffen: nieuw gebruik psychofarmaca korter dan twee weken voorafgaand aan inclusie, delier en een levensverwachting van minder dan twee maanden. Voor de evaluatie van de consensus-based IMTI-ProDem is een *mixed method* studie uitgevoerd waarin zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens zijn verzameld. Direct voor aanvang en na afloop van iedere sessie is bij de deelnemers de Cantril's ladder (Cantril, 1965) afgenomen; een gevalideerde schaal die een indicatie geeft van welbevinden. Op een schaal in de vorm van een ladder met tien treden dient de persoon aan te geven hoe hij zich voelt. Met behulp van het statistische programma IBM SPSS Statistics (Version 26) zijn de kwantitatieve gegevens verwerkt.

Om systematisch in kaart te brengen wat goed gaat en wat (nog) minder goed is gegaan bij de uitvoering van de IMTI-ProDem is een procesevaluatie uitgevoerd. Na elke muziektherapiesessie is een *treatment integrity check* uitgevoerd. Hiervoor hielden muziektherapeuten een logboek bij en noteerden in welke mate de componenten van de IMTI-ProDem zijn uitgevoerd, de reacties van de deelnemer en welke muziektherapeutische technieken zijn toegepast gedurende het algemene sessieverloop. Ridder (2005) heeft in een review gericht op muziektherapie in de dementiezorg achttien verschillende technieken en benaderingen geïdentificeerd zoals bijvoorbeeld validatie, reminiscentie en *cueing*. Voor de evaluatie van de IMTI-ProDem is aan alle betrokken muziektherapeuten gevraagd om na afloop van elke sessie in het logboek aan te geven welke van de technieken van Ridder hij of zij heeft toegepast. Daarnaast zijn de ervaringen met de IMTI-ProDem geëvalueerd met semigestructureerde interviews bij vijf muziektherapeuten, twee verzorgenden en vijf mantelzorgers.

Deze zijn geanalyseerd met behulp van het kwalitatieve analyseprogramma Qualitative Data Analysis Miner software (Provalis Research, 2020).

Resultaten van de IMTI-ProDem evaluatie

Toegepaste behandeldoelen door betrokken muziektherapeuten

Uit de logboeken is gebleken dat alle door de muziektherapeuten toegepaste individuele behandeldoelen goed aansloten bij het vastgestelde probleemgedrag van de PmD. Veel toegepaste doelen zijn aspecifiek en ingezet bij meerdere vormen van probleemgedrag (Tabel 1). Bij apathisch gedrag zijn meer specifieke doelen gehanteerd zoals het vergroten van de belevingswereld en het activeren van de PmD. Naast het probleemgedrag dat in de verwijzing is genoemd door de specialist ouderengeneeskunde of psycholoog, stelden muziektherapeuten tijdens de eerste sessies vaak nog sub-behandeldoelen vast. Muziektherapeuten geven in de evaluatie aan dat ze eerst deze sub-behandeldoelen bereikt moeten worden, zoals het bewerkstelligen van contact met de PmD, voordat de muziektherapeut zich kan richten op het verminderen van het probleemgedrag.

Toegepaste technieken

Er bestaat heterogeniteit in het toepassen van muziektherapeutische technieken door muziektherapeuten. De keuze van het toepassen van een bepaalde techniek hangt af van de ervaring van de muziektherapeut en de onderliggende ziekte, wensen en behoeften van de PmD. Uit de evaluatie van de ingevulde logboeken blijkt dat door alle muziektherapeuten in vrijwel alle sessies de volgende muziektherapeutische technieken zijn toegepast:

- arousal-regulatie (bij agitatie verminderen en bij inactiviteit verhogen),
- herhaling van succesvolle cueing in volgende sessies,
- reminiscentie (aansluiten bij levensverhaal in gesprekken en volgen persoonlijke muzikale voorkeuren),
- validatie (aansluiten bij cognitief functioneren, individuele behoeften en atmosfeer),
- variëren in muzikale middelen (maat/ritme/melodie/klank),
- inzet verschillende muziekinstrumenten (gitaar, piano, orgel, sansula, tamboerijn, *ocean drum*, muziekdoosje, shaker, klankschaal, sambabal, djembé en dwarsfluit),
- zingen (veel waargenomen variaties: deelnemer luistert alleen naar zingen muziektherapeut, of beweegt lippen mee, of neuriet mee of zingt mee),
- luisteren naar muziek (in bijna alle gevallen gaat het om luisteren naar voorkeursmuziek en/of liedjes van vroeger).

Hierbij valt op dat muziektherapeuten aangeven in maar een derde van alle sessies gewerkt te hebben met improvisatietechnieken.

TABEL 1

Individuele toegepaste behandeldoelen IMTI-ProDem door muziektherapeuten gerelateerd aan probleemgedrag

Vastgesteld probleemgedrag	Toegepaste behandeldoelen
Hyperactief gedrag (35% van de deelnemers)	In hier-en-nu brengen Stemming verbeteren Rust, ontspanning en comfort bieden Onrust verminderen Reguleren emoties
Angstig of depressief gedrag (18 % van de deelnemers)	Stemming verbeteren/plezier Rust, ontspanning en comfort bieden Onrust verminderen Interactie stimuleren
Psychotisch gedrag (6% van de deelnemers)	Stemming verbeteren Rust, ontspanning en comfort bieden Interactie stimuleren Contact maken
Apathisch gedrag (37% van de deelnemers)	Belevingswereld vergroten Apathie doorbreken Vertrouwen wekken Activeren Reguleren emoties Interactie stimuleren Contact maken

TABEL 2

Ervaren geobserveerde effecten IMTI-ProDem door muziektherapeuten, verzorgenden en mantelzorgers

Observaties	Muziektherapeuten	Mantelzorgers	Verzorgenden
Lichaam			
Spierontspanning	√	√	-
Rustige ademhaling	√	-	-
Toegenomen helderheid ogen	√	-	-
Oogopslag	√	-	-
Ontspannen mimiek	√	-	-
Betere intonatie stem	√	-	-
Rustig gelaat	√	-	-
Stemming			
Positieve emoties (tijdens en na sessie): lachen, blij, genieten	√	√	√
Algehele opluchting	√	-	-
Betere expressie emoties	√	√	-
Nieuw verlangen: uitkijken naar muziektherapie	-	-	√
Gedrag			
Activatie/meebewegen (van meetikken vingers tot dansen)	√	√	-
Probleemgedrag wordt minder zichtbaar, ook na sessie	√	√	√
Samenspel	√	-	-
Contact/interactie/communicatie			
Inhoudelijk i.p.v. vluchtig oogcontact	√	-	-
Meer aanrakingen	√	-	-
Toegenomen verbale en non-verbale (bijv. knipogen) communicatie	√	-	-
Meer positief contact	√	-	-
Meer openstaan voor omgeving	√	√	√
Na sessie beter benaderbaar/toegankelijker	√	√	√
Cognitie			
Beter geheugen	-	√	-
Betere herkenning	-	√	-
Betere articulatie	√	-	-
Aandacht			
Betere focus/concentratie (ook na sessie)	√	√	-
Overige effecten			
Meer rust en minder zorgen bij mantelzorger	-	-	√

Note: √: genoemd in interviews, -: niet genoemd in interviews.

Frequentie en duur MTI

Uit de kwalitatieve analyse van de interviews met muziektherapeuten, verzorgenden en mantelzorgers kwam naar voren dat *de voorgestelde duur van 30-45 minuten* te lang is gezien de spanningsboog van PmD; de meeste sessies zijn door de muziektherapeuten binnen 30 minuten afgerond.

Het *totaal aantal van drie weken* is door alle geïnterviewde muziektherapeuten als te kort ervaren omdat deze periode te weinig tijd biedt voor een gedegen analyse van het probleemgedrag, een gedegen vaststelling van de behandeldoelen en te weinig tijd biedt voor het opbouwen van een goede behandelrelatie en het verminderen van probleemgedrag. Het voorstel van betrokken muziektherapeuten is om de IMTI-ProDem bij voorkeur zo lang als nodig aan te bieden. De IMTI-ProDem wordt afgerond als het vastgestelde behandeldoel is bereikt en benaderingsadviezen zijn overgedragen aan betrokken verzorgenden.
Het *aantal van drie sessies per week* is als heel waardevol voor de ProDem ervaren door zowel de geïnterviewde muziektherapeuten als de geïnterviewde mantelzorgers.

Muziektherapeut: "Ik ontving een verwijzing van een meneer die niet meer in staat zou zijn om contact te krijgen. Het werd al snel gezien als een achteruitgang in dementie, waarin al

> Uit de logboeken bleek dat de toegepaste behandeldoelen goed aansloten aan bij het probleemgedrag

snel gedacht wordt aan de indicatie van de belevingswereld vergroten. Terwijl toen ik hem drie keer in de week zag, ik al heel snel zag: dit is niet belevingswereld vergroten, maar hij is onderprikkeld en daardoor laat hij nog maar heel weinig zien. Toen ik hem drie keer in de week ging zien, ging hij weer knipogen en hij floot weer, wat hij voorheen ook altijd deed als hij over de gang liep. Ook maakte hij weer uitspraken die hij een paar weken niet meer gedaan had. En de familie zei, wat gebeurt hier? Zij zagen gelijk het effect. Dat is wel iets waarvan ik dacht: als ik hem maar een keer per week zou zien, dan zou ik er niet snel achter komen. Ik zou me dan vasthouden aan belevingswereld vergroten en dan duurt het langer voordat je er achter komt."

Therapieruimte MTI

Uit de interviews met de muziektherapeuten en de ingevulde logboeken bleek dat de muziektherapiesessies volgens de opgestelde IMTI-ProDem beschrijving zijn gegeven in een rustige ruimte: of in de muziektherapieruimte (indien beschikbaar!) of op de eigen kamer van de PmD. De eigen kamer werd als

Muziektherapeut Linda Lumeij met een cliënt.

RAAMWERK: CONSENSUS BASED IMTI-PRODEM BESCHRIJVING

Inhoud IMTI-ProDem	Eerste beschrijving	Aanscherping na evaluatie
Doelgroep	De individuele PmD wonend in een verpleeghuis met vastgesteld probleemgedrag	Ongewijzigd
Doelen	Tijdens elke muziektherapie sessie werkt de muziektherapeut aan een behandeldoel gericht op het reduceren van vastgesteld probleemgedrag om de kwaliteit van leven te verhogen.	Ook als er sprake is van een gerichte verwijzing vanuit een arts/ psycholoog, dient er onderzoek verricht te worden naar het juiste behandeldoel. Er kan pas gericht gewerkt worden aan een behandeldoel en/of subdoelen als er een therapeutische relatie is gerealiseerd waarbinnen de PmD zich veilig voelt. Behandeldoelen zijn passend bij het specifieke vastgestelde probleemgedrag (tabel 1).
Muziektherapeut	Erkende hbo-opleiding vaktherapie en minimaal een jaar ervaring in de dementiezorg als muziektherapeut.	De muziektherapeut heeft een erkende hbo-opleiding tot muziektherapeut afgerond en expertise op het gebied van dementie of ontvangt begeleiding van een muziektherapeut of andere zorgspecialist met ervaring in de dementiezorg.
Frequentie & Duur	De PmD ontvangt gedurende 3 opeenvolgende weken, tijdens 3 niet opeenvolgende dagen per week, gedurende minimaal 30 en maximaal 45 minuten individuele muziektherapie (9 sessies in totaal).	Elke sessie duurt maximaal 30 minuten voor PmD. De muziektherapeut plant wel minimaal 45 minuten per sessie voor verslaglegging, terugkoppeling zorg en eventuele verplaatsing PmD naar andere ruimte. Ideale frequentie is 2-3 keer per week en het aantal sessies is zo lang als nodig. De IMTI-ProDem wordt afgerond als het vastgestelde behandeldoel is bereikt en benaderingsadviezen zijn overgedragen aan de zorg.
Verloop sessie	Elke sessie bestaat uit een openingsfase, hoofdfase en afrondingsfase. Belevingsgericht werken staat in de openingsfase van elke sessie centraal. In de hoofdfase wordt gewerkt aan het verminderen van probleemgedrag gebruikmakend van erkende technieken. In de afrondingsfase wordt de sessie beëindigd en de bewoner overgedragen aan het verzorgend personeel.	Ongewijzigd met aanvulling dat er in de gedragsbenadering afgestemd wordt op het type dementie.
Afronding behandelperiode	Niet nader gespecificeerd.	Wanneer het behandeldoel is bereikt, stelt muziektherapeut omgangsadviezen vast voor naaste disciplines zodat transfer naar dagelijkse praktijk gerealiseerd kan worden. Muziektherapeut draagt benaderingsadviezen over aan betrokken zorgprofessionals en naasten. Hierna bouwt muziektherapeut frequentie sessies af, maar blijft na afronding wel contact houden met de zorg ter opvolging van het gerealiseerde behandeldoel bij PmD. Indien nodig kan IMTI-ProDem weer opgepakt worden. De behandelcyclus wordt dan opnieuw doorlopen, waarbij de oorzaak van het probleemgedrag opnieuw wordt vastgesteld door de muziektherapeut.
Technieken	De muziektherapeut past in de context van een specifiek behandeldoel, kerntechnieken en kernprincipen van de muziektherapie toe (Ridder et al., 2005; Bruscia, 1997).	Ongewijzigd met de aanvulling dat bij aanvang IMTI-ProDem gewerkt wordt vanuit empathische technieken om een therapeutische relatie te realiseren.
Therapieruimte	Rustige (therapie)ruimte (mag eigen kamer van PmD zijn) waar afleidende prikkels worden vermeden.	Locatie IMTI-ProDem sluit aan bij de stemming en gedrag van de PmD en waar de PmD zich op dat moment het meest veilig voelt. Denk aan de locatie waar de PmD zich op dat moment bevindt, maar ook huiskamer, therapiekamer of kamer PmD.
Discontinuering	Tijdens de behandeling kan er sprake zijn van weerstand van de bewoner die zo mogelijk wordt doorbroken volgens de professionele standaarden. Met weerstand wordt bedoeld verbale en/of non-verbale uitingen van tegenstand, zoals verkramping, weglopen van de muziektherapeut, wegduwen, maar ook uitingen als 'neen', 'niet doen', 'wil ik niet'. Als de weerstand niet op deze wijze te doorbreken is, wordt de behandeling afgebroken en overleg gepleegd met de behandelend specialist.	Ongewijzigd.
Samenwerking overige zorgprofessionals	Gedurende een behandelperiode vindt er goede afstemming plaats tussen muziektherapeut, zorgmedewerkers en specialisten. De muziektherapeut geeft aan verzorgenden informatie over datgene wat bij de PmD tot ontspanning of bijvoorbeeld juist tot activatie leidt en waar in de dagelijkse zorg op kan worden voortgebouwd.	Niet alleen gedurende IMTI-ProDem, maar al voor start IMTI-ProDem samenwerking met multidisciplinair zorgteam (waaronder goed contact met eerst verantwoordelijke zorgteam) gerealiseerd. Bij afronding IMTI-ProDem worden omgangsadviezen overdragen aan (paramedische)zorg.
Betrokkenheid mantelzorger/ familie	Niet nader gespecificeerd.	Mantelzorger betrekken tijdens behandelperiode en terugkoppeling geven. Bijvoorbeeld door mantelzorger uit te nodigen en/of te bellen. Muziektherapeut dient wel een inschatting te maken van belastbaarheid mantelzorger. Afhankelijk van belastbaarheid mantelzorger minder/meer betrekken.
Cliëntinformatie	Niet nader gespecificeerd.	Toegang hebben tot actuele cliëntinformatie: type dementie, medicatiegebruik, zorgbeleid en comorbiditeit.

prettiger ervaren dan de muziektherapieruimte omdat de eigen kamer in tegenstelling tot de muziektherapieruimte meer vertrouwd aanvoelt voor de PmD. Ook de geïnterviewde mantelzorgers geven dit aan. Nadeel is dat de muziektherapeut over minder technische en muzikale ondersteuningsmiddelen beschikt als geen gebruik wordt gemaakt van de muziektherapieruimte. Tegelijkertijd geven alle geïnterviewde muziektherapeuten aan vrij te willen zijn in de keuze van de locatie van de muziektherapie om zo goed mogelijk aan te kunnen sluiten bij de stemming van de PmD: wisseling van locatie kan op zich al tot spanning leiden bij de PmD. Betrokken muziektherapeuten adviseren de IMTI-ProDem aan te bieden op de plek waar de PmD zich naar inschatting van de muziektherapeut op dat moment het meest veilig voelt en de minste onrust ervaart.

Ervaren effecten door muziektherapeuten, verzorgenden en mantelzorgers

De geïnterviewde muziektherapeuten, verzorgenden en mantelzorgers gaven aan veranderingen te observeren bij de PmD in gedrag, stemming, lichamelijke reacties, contact/interactie/communicatie, cognitie en aandacht (Tabel 2), wat duidt op positieve veranderingen in gedrag, stemming en welzijn van de deelnemers met dementie. Daarnaast geven alle geïnterviewde mantelzorgers aan minder zorgen om hun naaste met dementie te hebben en een gevoel van rust te ervaren. Zo vertellen geïnterviewde mantelzorgers het volgende: "Moeder huilt niet meer bij afscheid nemen.", "De muziektherapeut heeft de oorzaak van verstoorde emoties in kaart kunnen brengen." en "Opluchting om te zien dat er iets mogelijk is."

Muziektherapeut: "Het zijn soms ook gewoon de millimeters die je bereikt. Als je bij een cliënt komt die eigenlijk helemaal geen contact meer maakt en erg in zijn eigen wereld zit en je merkt gedurende de muziektherapie dat hij ineens heel zachtjes begint mee te tikken met een vinger of zich ineens verbaal uit ofzo, dan heb je natuurlijk al heel veel bereikt bij deze specifieke cliënt."

Subjectief gevoel welbevinden ervaren door PmD zelf

Het lukte ongeveer twee derde van de deelnemers om hun welbevinden direct voor en na de muziektherapiesessie aan te geven op de Cantril's ladder. Bij de overige deelnemers lukte dit niet vanwege beperkingen in cognitieve en/of verbale vermogens. Uit Tabel 3 blijkt dat PmD op een schaal van 1-10 hun eigen welbevinden direct na een sessie in alle behandelweken beter beoordelen dan vlak voor aanvang van een sessie.

> De deelnemers zelf beoordeelden hun welbevinden direct na een sessie hoger dan direct voor aanvang

Aanscherping IMTI-ProDem

Met het oog op implementatie in de intramurale zorg en mogelijk vervolgonderzoek is de IMTI-ProDem, op basis van de resultaten van de procesevaluatie, aangescherpt (zie raamwerk IMTI-PoDem beschrijving). Een uitgebreide interventiebeschrijving is gepubliceerd op https://kenvak.nl/onderzoek/de-juiste-snaar-met-muziek. Om tot deze consensus-based aanscherping te komen heeft er onder leiding van de coördinerend onderzoeker een online werksessie met betrokken muziektherapeuten plaatsgevonden. Daarnaast zijn enkele zaken aan de IMTI-ProDem-beschrijving toegevoegd die door alle geïnterviewde muziektherapeuten als randvoorwaarden voor een succesvolle implementatie bij PmD zijn genoemd, namelijk: realisatie samenwerking met zorgteam al voor start IMTI-ProDem bij PmD; mantelzorger(s) betrekken en mantelzorgers terugkoppeling bieden; toegang hebben tot actuele cliëntinformatie en differentiatie in benaderingswijze aanbrengen per type dementie. Zo hebben alle betrokken muziektherapeuten veel verschillen ervaren tussen de betrokkenheid en interesse van zorgteams en individuele verzorgenden in de IMTI-ProDem. Daarnaast was

TABEL 3

Cantril's ladder (1= minimaal en 10 = optimaal welbevinden)

Mean	Sessie 1 (totaal n = 49)	Sessie 2 (totaal n = 49)	Sessie 3 (totaal n = 49)
Week 1 voor Week 1 na	5.82 (N = 38 / SD = 2.00) 6.74 (N = 38 / SD = 1.69) **+ 0.92**	6.03 (N = 36 / SD = 1.32) 6.97 (N = 36 / SD = 0.97) **+ 0.94**	6.03 (N = 33 / SD = 1.29) 7.15 (N = 33 / SD = 1.23) **+ 1.12**
Week 2 voor Week 2 na	6.00 (N = 32 / SD = 1.50) 6.97 (N = 33 / SD = 1.59) **+ 0.97**	5.68 (N = 34 / SD = 1.65) 6.82 (N = 34 / SD = 1.64) **+ 1.14**	5.97 (N = 34 / SD = 1.34) 7,21 (N = 34 / SD = 1.37) **+ 1,24**
Week 3 voor Week 3 na	5.97 (N = 33 / SD = 1.74) 7.09 (N = 33 / SD = 1.63) **+ 1.12**	6.42 (N = 33 / SD = 1.15) 7.58 (N = 33 / SD = 1.03) **+ 1,16**	6.13 (N = 32 / SD = 1.77) 7.26 (N = 31 / SD = 1.71) **+ 1,13**

het voor muziektherapeuten moeilijk om afspraken te maken door wisselende diensten van zorgmedewerkers, ziekte en uitval van zorgmedewerkers en/of omdat psychologen en specialisten lastig bereikbaar waren. Het moeizame contact met de zorgmedewerkers gold ook voor de overdracht van benaderingsadviezen: het was voor muziektherapeuten vaak niet duidelijk aan wie ze iets moesten overdragen en als het wel duidelijk was, was de juiste persoon vaak moeilijk bereikbaar of ze merkten dat er met hun adviezen niets werd gedaan in de praktijk.

OVER DE AUTEURS

Dr. Anna-Eva Prick is universitair docent klinische psychologie aan de Open Universiteit en docent en senior onderzoeker bij het Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) aan Zuyd Hogeschool en als docent verbonden aan de masteropleiding vaktherapie aan Hogeschool Arnhem-Nijmegen.

Dr. ing. P. van Domburg is werkzaam als neuroloog in Zuyderland Medisch Centrum met als aandachtsgebieden dementie en ziekte van Parkinson.

Dr. Annemieke Vink is als psycholoog-onderzoeker bij het ArtEZ Lectoraat Music-based Therapies and Interventions en als docent verbonden aan de bachelor, premaster en master muziektherapie aan het ArtEZ Conservatorium Enschede.

Linda Lumeij, muziektherapeut, is sinds 2008 werkzaam bij Verpleeghuis Bergweide te Heerlen. Binnen Verpleeghuis Bergweide heeft zij Vaktherapie opgezet en vormgegeven, passend binnen de visie van belevingsgerichte zorg. Naast werkervaring in de psychogeriatrische zorg heeft zij ook ervaring met somatische en palliatieve hulpvragen.

Ester Alofs is werkzaam als zelfstandig muziektherapeut in haar eigen praktijk Es Majeur en als docent vaktherapie aan Zuyd Hogeschool. Ester heeft binnen diverse verpleeghuisorganisaties muziektherapie geïntroduceerd en vormgegeven.

Prof. dr. Susan van Hooren, is bijzonder hoogleraar Vaktherapie bij de Open Universiteit en Lector Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK). Ze leidt de Coöperatie KenVak (www.kenvak.nl), het landelijke kennisnetwerk van vaktherapie waar zes hogescholen aan participeren: Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Hogeschool Utrecht, Hogeschool Leiden, Codarts Hogeschool voor de kunsten, NHL-Stenden Hogeschool en Zuyd Hogeschool. Susan is tevens adviseur en docent bij de Master Vaktherapie.

> Alle muziektherapeuten ervaarden dat elk type dementie om een eigen gedragsbenadering vraagt

Daarnaast geven alle muziektherapeuten aan dat het zeer wenselijk is om over actuele cliëntinformatie te beschikken voorafgaand aan elke sessie. Zo was het voor muziektherapeuten dikwijls niet duidelijk of er wisselingen in het medicatiebeleid hadden plaatsgevonden, of rekening moest worden gehouden met de aanwezigheid van andere ziekten en of er in de afgelopen week bijzonderheden waren voorgevallen. Eveneens ervoeren alle muziektherapeuten dat elk type dementie om een eigen gedragsbenadering vraagt. Hierdoor is behoefte aan informatie over de gestelde dementie diagnose en aan differentiatie in benaderingswijze van de IMTI-ProDem per type dementie. Zo vertellen de geïnterviewde muziektherapeuten dat je met iemand die lijdt aan Korsakov dementie een hele andere relatie opbouwt dan met iemand met de ziekte van Alzheimer of vasculaire dementie.

Mantelzorgers geven aan dat ze het prettig zouden vinden om een terugkoppeling te ontvangen van de IMTI-ProDem gedurende de behandelperiode zodat ze meer deelgenoot worden van het behandelproces en wellicht ook opgedane kennis en ervaringen van de muziektherapeut kunnen toepassen in hun contact met hun naaste met dementie.

Mantelzorger: "De muziektherapeut heeft al twee keer ontdekt dat mijn moeder blaasontsteking had doordat mijn moeder anders reageerde. Ook heeft ze al vier soorten onrust in kaart kunnen brengen en kunnen benoemen aan de betrokken artsen. Door het veel beter in kaart hebben, geeft het ons ook meer rust."

Conclusie en discussie

De IMTI-ProDem sluit uitstekend aan bij de ontwikkelingen in de dementiezorg met de daarvoor geldende richtlijnen en de huidige inzichten dat probleemgedrag bij dementie het beste kan worden aangepakt middels een methodische, multidisciplinaire en persoonsgerichte aanpak (Zuidema et al., 2018; Zorgstandaard dementie, 2020). Daarin is niet langer de bestrijding van symptomen het primaire doel maar het welbevinden door behoud en bevorderen van nog bestaande capaciteiten van mensen met dementie in multidisciplinair teamverband. Een procesevaluatie helpt om kwantitatieve resultaten beter te kunnen interpreteren en de kans op succesvolle implementatie van de IMTI-ProDem te vergroten. Samenvattend kunnen we uit de kwalitatieve evaluatie constateren dat betrokken muziektherapeuten, verzorgenden en mantelzorgers positieve effecten hebben ervaren van de IMTI-ProDem bij de PmD op gedrag, lichaam, stemming, contact/interactie/communicatie, cognitie en aandacht. Daarnaast ervoeren mantelzorgers door de IMTI-ProDem minder zorgen om hun naaste met dementie. Ook de deelnemers met dementie zelf beoordeelden hun eigen welbevinden direct na een

SAMENVATTING

De IMTI-ProDem sluit optimaal aan bij de praktijk, omdat deze is ontwikkeld in co-creatie met muziektherapeuten, andere zorgprofessionals en clientvertegenwoordigers. In het kader van het onderzoeksproject 'De juiste snaar met muziek' hebben 49 mensen met dementie in drie weken tijd de IMTI-ProDem in totaal negen keer individueel ontvangen. Na afloop van de onderzoeksperiode zijn de ervaringen van vijf betrokken muziektherapeuten, vijf betrokken mantelzorgers en twee betrokken verzorgenden met deze interventie geëvalueerd in een *mixed method* studie. Samenvattend blijkt uit de kwalitatieve evaluatie dat betrokken muziektherapeuten, verzorgenden en mantelzorgers positieve effecten hebben ervaren van de IMTI-ProDem bij de PmD op gedrag, lichaam, stemming, communicatie, cognitie en aandacht.

Daarnaast ervoeren mantelzorgers door de IMTI-ProDem minder zorgen om hun naaste met dementie. Ook de deelnemers zelf met dementie beoordeelden hun eigen welbevinden direct na een muziektherapeutische sessie beter dan direct voor aanvang van een sessie. Daarnaast heeft de evaluatie meerdere voorwaarden voor een succesvolle implementatie van de IMTI-ProDem aan het licht gebracht. Zo dient voorafgaand aan een behandeltraject van een PmD met IMTI-ProDem contact met zowel de mantelzorgers en het betrokken zorgteam te zijn gerealiseerd. De PmD ontvangt minimaal twee keer week de IMTI-ProDem gedurende maximaal 30 minuten per sessie. De behandelperiode wordt afgerond als de muziektherapeut het door hem of haar vastgestelde behandeldoel gericht op vermindering van probleemgedrag bij de PmD heeft bereikt en behandeladviezen zijn overgedragen aan de zorg.

sessie hoger dan direct voor aanvang van een sessie. Tevens heeft de evaluatie meerdere voorwaarden voor een succesvolle implementatie van de IMTI-ProDem aan het licht gebracht. Zo dient voorafgaand aan een behandeltraject van een PmD met IMTI-ProDem contact met zowel de mantelzorgers en het betrokken zorgteam te zijn gerealiseerd. De PmD ontvangt minimaal twee keer week de IMTI-ProDem gedurende maximaal 30 minuten per sessie. De behandelperiode wordt afgerond als de muziektherapeut het door hem of haar vastgestelde behandeldoel gericht op vermindering van probleemgedrag bij de PmD heeft bereikt en behandeladviezen zijn overgedragen aan de zorg. Hoewel de huidige resultaten van de procesevaluatie van de IMTI-ProDem belangrijke inzichten hebben geleverd, roept de evaluatie ook discussiepunten op.

Allereerst gaat het in de kwalitatieve evaluatie om subjectieve ervaringen van betrokken muziektherapeuten waardoor er beperkte geldigheid kan worden ontleend aan de uitkomsten. Tegelijkertijd waren de betrokken muziektherapeuten bij uitstek geschoold, en ervaren met de doelgroep dementie. Tevens worden de ervaren positieve effecten ondersteund door de observaties van verzorgenden, mantelzorgers en de PmD zelf waardoor de observaties niet ondergewaardeerd moeten worden. In vervolgonderzoek is het raadzaam ook het perspectief van de zorginstellingen mee te nemen om de kans op succesvolle implementatie van de IMTI-ProDem binnen de intramurale zorg te vergroten. Tevens zijn de ervaringen van groot belang voor een juiste interpretatie van de nog te publiceren kwantitatieve onderzoeksresultaten van de RCT.

Een mogelijke verklaring voor de moeizame samenwerking met zorgprofessionals is dat er binnen het project 'De juiste snaar met muziek' gebruik is gemaakt van externe in plaats van interne muziektherapeuten. Dit was noodzakelijk omdat op veel zorglocaties geen muziektherapeut werkzaam was. Gelukkig is er in Nederland een tendens dat er steeds meer muziektherapeuten binnen de intramurale verpleeghuis werkzaam zijn. Echter, muziektherapeuten worden nog niet op alle plekken betrokken in het multidisciplinair overleg en/of worden aangesteld binnen de behandeldienst waardoor de overdracht van benaderingsadviezen bemoeilijkt wordt. Daarnaast is er nog veel onbekendheid over de effecten van muziektherapie bij mensen met dementie. In de geplande implementatiefase zal specifieke aandacht worden besteed aan het communiceren van de ervaren meerwaarde en de kwantitatieve effecten van een dergelijke interventie voor PmD, maar ook voor verzorgenden en mantelzorgers.

Verder bleek uit de procesevaluatie dat er door muziektherapeuten in de sessies in mindere mate aandacht is besteed aan improvisatie. Dit sluit niet aan bij de opgestelde interventiebeschrijving waarin de improvisatie als techniek wordt voorgeschreven voor de IMTI-ProDem en publicaties waarbij de inzet van improvisatie bij dementie wordt onderstreept (Wigram, 2004; Ridder & Gummesen, 2015). Dit hangt wellicht samen met de interpretatie van de improvisatietechniek. Zo kan improvisatie zowel als expliciete werkvorm worden ingezet, maar ook als techniek waarbij vanuit bestaand materiaal vrije elementen aan de muziektherapie worden toegevoegd. Dit laatste is wel degelijk aan de orde geweest binnen de geëvalueerde sessies. Denk bijvoorbeeld aan het integreren van persoonlijke elementen in een bestaande liedtekst.

De positieve ervaren effecten en de positieve reacties van alle betrokkenen zijn bemoedigend en steunen ons in het voornemen om de IMTI-ProDem verder te ontwikkelen, te implementeren in de intramurale zorg en geschikt te maken voor thuiswonende PmD. ■

Speciale dank

Speciale dank gaat uit naar de deelnemers en naasten, alle betrokken muziektherapeuten (Linda Lumeij, Ester Alofs, Randolf Smeets, Janine Verheggen, Tineke de Vogel en Floor Kauffman), alle betrokken zorgmedewerkers en zorgcoördinatoren en directies van Zuyderland Zorgcentra, de Zorggroep, Verpleeghuis Bergweide en Zorghoeve De Port voor het mede mogelijk maken van dit onderzoek.

Literatuur

- Broersen, M., Straaten, G. van, Akse, M., Cruysen, C. van der, Hest, I. van de & Vink. A (2006). Ouderenpsychiatrie en psychogeriatrie. In H. Smeijsters (Ed.) *Handboek muziektherapie*. Houten: Bohn, Stafleu van Loghum.
- Bruscia, K.E. (1997). 64 *Behandeltechnieken voor Improvisatorische muziektherapie [Improvisational Models of Music Therapy]* (P. van den Berk, Vert.). Springfield: Charles C. Thomas. (Origineel werk gepubliceerd in 1987)
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns.* Rutgers University Press, New Brunswick, NJ.
- Hooren, S. van, Witte, M. de & Prick, A. (2018). De meerwaarde van muziektherapie. *Tijdschrift voor positieve psychologie*, 2, 42-49.
- Mayring, Ph. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken (7th edition, first edition 1983).* Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Moniz-Cook, E., Vernooij-Dassen, M., Woods, B., Orrell, M. & Network, I. (2011). Psychosocial interventions in dementia care research: the INTERDEM manifesto. *Aging Mental Health,* 15(3) 283-90.
- Provalis Research. (2020). *QDA Miner* (Version 6)[Computer software].
- Ridder, H.M.O. (2005). An overview of therapeutic initiatives when working with persons suffering from dementia. In: I.D. Aldridge (red.), *Music Therapy in Neurological Health Care Settings: Performing Health* (pag. 61-82). Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Ridder, H.M.O & Gummesen, E. (2015). The use of extemporizing in music therapy to facilitate communication in a person with dementia: an explorative case study. *Australian Journal of Music Therapy*, 26, 6-29
- Scherder, E.J.A. (2017). *Singing in the brain: over de unieke samenwerking tussen muziek en de hersenen*. Amsterdam: Athenaeum-Polak & van Gennep.
- Steen, J.T. van der, Smaling, H.J., Wouden, J.C. van der, Bruinsma, M.S., Scholten, R.J. & Vink, A.C. (2018). *Music-based therapeutic interventions for people with dementia*. Cochrane Database of Systematic Reviews, (7).
- Vink, A.C. (2001). Muziektherapie als non-verbale behandelvorm bij dementie. In: A.M. Pot, P. Broek & R. Kok (red.). *Gedrag van slag: Gedragsproblemen bij ouderen met dementie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vink, A.C. (2013). *Music therapy for dementia: The effect of music therapy in reducing behavioural problems in elderly people with dementia.* Doctoral Dissertation: Rijksuniversiteit Groningen.
- Vink, A.C., Erkelens, H. & Meinardi, L. (2013). *Muziek en bewegen bij dementie.* Amsterdam: Reed Business Education.
- Vink, A. & Hanser, S. (2018). Music-Based Therapeutic Interventions for People with Dementia: A Mini-Review. *Medicines 5*(4): 109.
- Wigram, T. (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students.* Londen: Jessica Kingsley Publishers.
- Zuidema, S.U., Smalbrugge, M, Bil, W.M.E., Geelen, R., Kok, R.M., Luijendijk, H.J. & Vreeken, H.L. (2018). *Multidisciplinaire Richtlijn probleemgedrag bij mensen met dementie.* Utrecht, Verenso, NIP.
- Vilans/Alzheimer Nederland (2020). *Zorgstandaard Dementie*.

BRENG JIJ VAKTHERAPIE OP MASTERNIVEAU?

Start met de Master Vaktherapie!
Zodat jij je verder kan professionaliseren in drama-, beeldende, dans-, muziek-, spel- of psychomotorische therapie. Je leert waarom jouw interventies werken, onderbouwt ze met onderzoek en leert je vak innoveren.

- → Start september 2021
- → Deeltijd, 2 jaar
- → Relevant bachelordiploma vereist
- → Relevante werkplek van minimaal 8 uur
- → Doorstroom vanuit bachelor mogelijk
- → NVAO-geaccrediteerd
- → Master of Arts

MELD JE AAN VOOR DE ONLINE OPEN AVOND OP 10 MAART.
(024) 353 05 00 | masters@han.nl | han.nl/mvt